

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

CRO: 35679/RJ

Cirurgião Dentista: (13506) - FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

| Operadora de Atendimento |                                                                  | 25 - DENTAL UNI |            |           |               |            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|-----------|---------------|------------|
| Guia                     | Nome                                                             | Não Paga        | Dt. Guia   | USOs Atos | Vlr USO Coop. | Total      |
| 309318 - I               | KAUA EUGENIO DA SILVA (00202507367000313603 )                    |                 | 29/04/2020 | 174       | 0.4           | R\$ 69,60  |
| 312805 - I               | SOPHIA MICHAELI MOREIRA RODRIGUES (00202507367000434803 )        |                 | 13/05/2020 | 246       | 0.4           | R\$ 98,40  |
| 315143 - I               | MANUELLY PEREIRA DE ANDRADE (00202507367000501603 )              |                 | 20/05/2020 | 153       | 0.4           | R\$ 61,20  |
| 316418 - I               | JULIA SANTOS SOUZA (00202507367000503904 )                       |                 | 25/05/2020 | 153       | 0.4           | R\$ 61,20  |
| 317266 - I               | VERA LUCIA DARRE (00202527141400000101 )                         |                 | 27/05/2020 | 202       | 0.4           | R\$ 80,80  |
| 319111 - I               | LAISA PEREIRA MARCO (00202529803000000102 )                      |                 | 01/06/2020 | 139       | 0.4           | R\$ 55,60  |
| 319830 - I               | DEISE LUCIA LACERDA DE CARVALHO (00202526946200000101 )          |                 | 03/06/2020 | 493       | 0.4           | R\$ 197,20 |
| 321025 - I               | GUSTAVO ARANTES ABE (00202507367000495501 )                      |                 | 05/06/2020 | 61        | 0.4           | R\$ 24,40  |
| 321764 - I               | CAMILY EMANUELI CERASI RIBEIRO CORREA FO (00202529930100000102 ) |                 | 08/06/2020 | 107       | 0.4           | R\$ 42,80  |
| 322035 - I               | LESLIANE MACIEL FARIAS DA SILVA (00202507367000381602 )          |                 | 08/06/2020 | 34        | 0.4           | R\$ 13,60  |
| 322062 - I               | DANILO HENRIQUE VILELA (00202507367000143401 )                   |                 | 08/06/2020 | 34        | 0.4           | R\$ 13,60  |
| 324022 - I               | SOPHIA MICHAELI MOREIRA RODRIGUES (00202507367000434803 )        |                 | 15/06/2020 | 105       | 0.4           | R\$ 42,00  |
| 324475 - I               | JULIA SANTOS SOUZA (00202507367000503904 )                       |                 | 15/06/2020 | 61        | 0.4           | R\$ 24,40  |
| 324483 - I               | ALEXANDRA PAULA ALVES (00202507367000503902 )                    |                 | 15/06/2020 | 262       | 0.4           | R\$ 104,80 |
| 324491 - I               | DAVI SANTOS SOUZA (00202507367000503903 )                        |                 | 15/06/2020 | 110       | 0.4           | R\$ 44,00  |
| 325562 - I               | GABRIEL GODOI GARCIA SOARES (00202507367000097103 )              |                 | 17/06/2020 | 34        | 0.4           | R\$ 13,60  |
| 325566 - I               | EZEQUIEL GARCIA SOARES (00202507367000097101 )                   |                 | 17/06/2020 | 174       | 0.4           | R\$ 69,60  |
| 326666 - I               | DANILO HENRIQUE VILELA (00202507367000143401 )                   |                 | 18/06/2020 | 547       | 0.4           | R\$ 218,80 |
| 327244 - I               | DANIEL FRANCISCO DOURADO FILHO (00202524928200003902 )           |                 | 19/06/2020 | 174       | 0.4           | R\$ 69,60  |
| 327247 - I               | BRENDA MARTINS DOURADO (00202524928200003903 )                   |                 | 19/06/2020 | 174       | 0.4           | R\$ 69,60  |
| 327366 - I               | ALINE MARTINS DOURADO (00202524928200003901 )                    |                 | 19/06/2020 | 174       | 0.4           | R\$ 69,60  |
| 327754 - I               | MARCO ANTONIO GUIMARAES SARRO (00202507367000096404 )            |                 | 22/06/2020 | 105       | 0.4           | R\$ 42,00  |
| 329157 - I               | VINICIUS LUIS DIAS DA COSTA (00202526212300004203 )              |                 | 24/06/2020 | 153       | 0.4           | R\$ 61,20  |
| 330469 - I               | MANUELLY PEREIRA DE ANDRADE (00202507367000501603 )              |                 | 26/06/2020 | 180       | 0.4           | R\$ 72,00  |
| 330813 - I               | CAMILY EMANUELI CERASI RIBEIRO CORREA FO (00202529930100000102 ) |                 | 26/06/2020 | 146       | 0.4           | R\$ 58,40  |
| 331454 - I               | BRENDA MARTINS DOURADO (00202524928200003903 )                   |                 | 29/06/2020 | 392       | 0.4           | R\$ 156,80 |
| 332107 - I               | ALINE MARTINS DOURADO (00202524928200003901 )                    |                 | 01/07/2020 | 61        | 0.4           | R\$ 24,40  |
| 332465 - I               | VINICIUS LUIS DIAS DA COSTA (00202526212300004203 )              |                 | 01/07/2020 | 119       | 0.4           | R\$ 47,60  |
| 333361 - I               | THAYLA DA SILVA DOS SANTOS GOMES (00202507367000361903 )         |                 | 02/07/2020 | 224       | 0.4           | R\$ 89,60  |
| 335571 - I               | MARIA EDUARDA VARGAS FRANCISCO (00202507367000317904 )           |                 | 07/07/2020 | 34        | 0.4           | R\$ 13,60  |
| 335613 - I               | MARCO ANTONIO GUIMARAES SARRO (00202507367000096404 )            |                 | 07/07/2020 | 61        | 0.4           | R\$ 24,40  |
| 335704 - I               | JANAINA WILKELLI MORAES (00202507367000107803 )                  |                 | 07/07/2020 | 244       | 0.4           | R\$ 97,60  |
| 337262 - I               | IRACY RAMOS VILELA (00202507367000143402 )                       |                 | 10/07/2020 | 174       | 0.4           | R\$ 69,60  |
| 338587 - I               | LAISA PEREIRA MARCO (00202529803000000102 )                      |                 | 13/07/2020 | 119       | 0.4           | R\$ 47,60  |
| 339095 - I               | MARIA EDUARDA VARGAS FRANCISCO (00202507367000317904 )           |                 | 14/07/2020 | 146       | 0.4           | R\$ 58,40  |

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/08/2020 16:11

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

|            |                                                                    |            |     |     |           |
|------------|--------------------------------------------------------------------|------------|-----|-----|-----------|
| 339222 - I | CAMILY EMANUELI CERASI RIBEIRO CORREA FO<br>(00202529930100000102) | 14/07/2020 | 224 | 0.4 | R\$ 89,60 |
| 339943 - I | JANAINA WILKELLI MORAES (00202507367000107803)                     | 15/07/2020 | 122 | 0.4 | R\$ 48,80 |
| 345145 - I | MELISSA MAIA DA SILVEIRA QUEIROZ<br>(00202511637100000502)         | 24/07/2020 | 238 | 0.4 | R\$ 95,20 |

**Totalizador por Operadora**

N° de USOs: 6353  
N° de atendimentos: 38  
Valor: R\$ 2.541,20

**Totalizador**

N° de USOs: 6353  
N° de atendimentos: 38  
Valor: R\$ 2.541,20

*[Assinatura]*  
CRO - 35679 - RJ

03/08/20

**IMPORTANTE:** Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/08/2020 16:11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 14



326666

|                                                    |                                     |                             |                             |                                       |                        |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| 1-Identificação ANS                                | 3-Dia de Emissão da Guia            | 4-Dia de Autorização        | 5-Senha                     | 6-Número da Guia Principal            | 7-Dia Validade da Guia |
| 406414                                             | 18/10/2012                          | 12/11/2012                  | AUTORIZADO                  | 7645016                               | 16/10/2012             |
| Dados do Beneficiário                              |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 8-Número da Carteira                               | 9-Pais                              | 10-Endereço                 | 11-Dia Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                        |
| 00202507367000143401                               | POS REDE PRESTADORA                 | NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS |                             |                                       |                        |
| 13-Nome                                            |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| DANILLO HENRIQUE VILELA                            |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento   |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 16-Autorização a RN                                | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO            | 19-UF                       | 20-Código CBO S                       |                        |
| N                                                  | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA          | 35679                       | RJ                          |                                       |                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF                | 22-Nome do Contratado / Executante  | 23-Número no CRO            | 24-UF                       | 25-Código CBO S                       |                        |
| 1010201525729                                      | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA          | 35679                       | RJ                          |                                       |                        |
| 26-Nome do Profissional Executante                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA                         |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| Primeiro de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 30-Tabela                                          | 31-Código do Procedimento           | 32-Descrição                | 33-Dente/Região             | 34-Fraco                              | 35-Cod                 |
| 1                                                  | 0085200158                          | TRATAMENTO ENDODONTICO      | 27                          | 1                                     | 53300                  |
| 2                                                  | 0081000421                          | RX PERIAPICAL               | RMSE                        | 1                                     | 1400                   |
| 3                                                  |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 4                                                  |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 5                                                  |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 6                                                  |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 7                                                  |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 8                                                  |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 9                                                  |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 10                                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 11                                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 12                                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 13                                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 14                                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 15                                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 43-Dia Previsto Término do Tratamento              |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 44-Tipo de Assentamento                            |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 45-Tipo de Tratamento                              |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 46-Tipo de Fracionamento                           |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 47-Valor Total R\$                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 48-Valor Total R\$                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |
| 49-Valor Total R\$                                 |                                     |                             |                             |                                       |                        |

Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2/14



326666

|                           |                                              |                                          |                         |                                        |                                                |
|---------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1) Registro ABO<br>406414 | 3) Data de Emissão da Guia<br>11/08/06 12:00 | 4) Data de Autorização<br>12/11/07 12:00 | 5) Sessão<br>AUTORIZADO | 6) Número da Guia Principal<br>7045016 | 7) Data Vencimento da Sessão<br>11/09/07 12:00 |
|---------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                |                                   |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 8) Nome do Corrente<br>01020250736770001434011 | 9) Titular<br>POS REDE PRESTADORA |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|

13) Nome  
DANILO HENRIQUE VILELA

12/06/1983

|                                            |                                             |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 10) Empresa<br>NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS | 11) Data Vencimento da Carteira<br>11/11/11 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|

15) Nome do titular do plano  
DANILO HENRIQUE VILELA

Dados do Corrente Beneficiário pelo Tratamento

|                          |                                                                    |                            |              |                  |                                                      |                                                                 |                            |              |                  |                                                                    |                            |              |                  |              |              |                  |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------|--------------|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 14) Assinatura a PI<br>N | 17) Nome do Profissional Encarregado<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA | 18) Número em CHO<br>35679 | 19) UF<br>RJ | 20) Código CHO B | 21) Código na Carteira / CHO / CPF<br>11010205257219 | 22) Nome do Corrente Beneficiário<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA | 23) Número no CHO<br>35679 | 24) UF<br>RJ | 25) Código CHO B | 26) Nome do Profissional Encarregado<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA | 27) Número no CHO<br>35679 | 28) UF<br>RJ | 29) Código CHO B | 30) UF<br>RJ | 31) UF<br>RJ | 32) Código CHO B | 33) UF<br>RJ | 34) UF<br>RJ | 35) UF<br>RJ | 36) UF<br>RJ | 37) UF<br>RJ | 38) UF<br>RJ | 39) UF<br>RJ | 40) UF<br>RJ | 41) UF<br>RJ | 42) UF<br>RJ | 43) UF<br>RJ | 44) UF<br>RJ | 45) UF<br>RJ | 46) UF<br>RJ | 47) UF<br>RJ | 48) UF<br>RJ | 49) UF<br>RJ | 50) UF<br>RJ | 51) UF<br>RJ | 52) UF<br>RJ | 53) UF<br>RJ | 54) UF<br>RJ | 55) UF<br>RJ | 56) UF<br>RJ | 57) UF<br>RJ | 58) UF<br>RJ | 59) UF<br>RJ | 60) UF<br>RJ | 61) UF<br>RJ | 62) UF<br>RJ | 63) UF<br>RJ | 64) UF<br>RJ | 65) UF<br>RJ | 66) UF<br>RJ | 67) UF<br>RJ | 68) UF<br>RJ | 69) UF<br>RJ | 70) UF<br>RJ | 71) UF<br>RJ | 72) UF<br>RJ | 73) UF<br>RJ | 74) UF<br>RJ | 75) UF<br>RJ | 76) UF<br>RJ | 77) UF<br>RJ | 78) UF<br>RJ | 79) UF<br>RJ | 80) UF<br>RJ | 81) UF<br>RJ | 82) UF<br>RJ | 83) UF<br>RJ | 84) UF<br>RJ | 85) UF<br>RJ | 86) UF<br>RJ | 87) UF<br>RJ | 88) UF<br>RJ | 89) UF<br>RJ | 90) UF<br>RJ | 91) UF<br>RJ | 92) UF<br>RJ | 93) UF<br>RJ | 94) UF<br>RJ | 95) UF<br>RJ | 96) UF<br>RJ | 97) UF<br>RJ | 98) UF<br>RJ | 99) UF<br>RJ | 100) UF<br>RJ |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------|--------------|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|

1) Nome do Tratamento / Procedimento Odontológico

2) Data

3) Descrição

4) Fuso

5) Dia

6) Quantidade UI

7) Valor

8) Fatura em Cartão de Crédito R\$

9) Aut

10) Data de Pagamento R\$

11) Nome da Caixa de Assistência

12) Data

13) Descrição

14) Fuso

15) Dia

16) Quantidade UI

17) Valor

18) Fatura em Cartão de Crédito R\$

19) Aut

20) Data de Pagamento R\$

21) Nome da Caixa de Assistência

22) Data

23) Descrição

24) Fuso

25) Dia

26) Quantidade UI

27) Valor

28) Fatura em Cartão de Crédito R\$

29) Aut

30) Data de Pagamento R\$

31) Nome da Caixa de Assistência

32) Data

33) Descrição

34) Fuso

35) Dia

36) Quantidade UI

37) Valor

38) Fatura em Cartão de Crédito R\$

39) Aut

40) Data de Pagamento R\$

41) Nome da Caixa de Assistência

42) Data

43) Descrição

44) Fuso

45) Dia

46) Quantidade UI

47) Valor

48) Fatura em Cartão de Crédito R\$

49) Aut

50) Data de Pagamento R\$

51) Nome da Caixa de Assistência

52) Data

53) Descrição

54) Fuso

55) Dia

56) Quantidade UI

57) Valor

58) Fatura em Cartão de Crédito R\$

59) Aut

60) Data de Pagamento R\$

61) Nome da Caixa de Assistência

62) Data

63) Descrição

64) Fuso

65) Dia

66) Quantidade UI

67) Valor

68) Fatura em Cartão de Crédito R\$

69) Aut

70) Data de Pagamento R\$

71) Nome da Caixa de Assistência

72) Data

73) Descrição

74) Fuso

75) Dia

76) Quantidade UI

77) Valor

78) Fatura em Cartão de Crédito R\$

79) Aut

80) Data de Pagamento R\$

81) Nome da Caixa de Assistência

82) Data

83) Descrição

84) Fuso

85) Dia

86) Quantidade UI

87) Valor

88) Fatura em Cartão de Crédito R\$

89) Aut

90) Data de Pagamento R\$

91) Nome da Caixa de Assistência

92) Data

93) Descrição

94) Fuso

95) Dia

96) Quantidade UI

97) Valor

98) Fatura em Cartão de Crédito R\$

99) Aut

100) Data de Pagamento R\$

101) Nome da Caixa de Assistência

102) Data

103) Descrição

104) Fuso

105) Dia

106) Quantidade UI

107) Valor

108) Fatura em Cartão de Crédito R\$

109) Aut

110) Data de Pagamento R\$

111) Nome da Caixa de Assistência

112) Data

113) Descrição

114) Fuso

115) Dia

116) Quantidade UI

117) Valor

118) Fatura em Cartão de Crédito R\$

119) Aut

120) Data de Pagamento R\$

121) Nome da Caixa de Assistência

122) Data

123) Descrição

124) Fuso

125) Dia

126) Quantidade UI

127) Valor

128) Fatura em Cartão de Crédito R\$

129) Aut

130) Data de Pagamento R\$

131) Nome da Caixa de Assistência

132) Data

133) Descrição

134) Fuso

135) Dia

136) Quantidade UI

137) Valor

138) Fatura em Cartão de Crédito R\$

139) Aut

140) Data de Pagamento R\$

141) Nome da Caixa de Assistência

142) Data

143) Descrição

144) Fuso

145) Dia

146) Quantidade UI

147) Valor

148) Fatura em Cartão de Crédito R\$

149) Aut

150) Data de Pagamento R\$

151) Nome da Caixa de Assistência

152) Data

153) Descrição

154) Fuso

155) Dia

156) Quantidade UI

157) Valor

158) Fatura em Cartão de Crédito R\$

159) Aut

160) Data de Pagamento R\$

161) Nome da Caixa de Assistência

162) Data

163) Descrição

164) Fuso

165) Dia

166) Quantidade UI

167) Valor

168) Fatura em Cartão de Crédito R\$

169) Aut

170) Data de Pagamento R\$

171) Nome da Caixa de Assistência

172) Data

173) Descrição

174) Fuso

175) Dia

176) Quantidade UI

177) Valor

178) Fatura em Cartão de Crédito R\$

179) Aut

180) Data de Pagamento R\$

181) Nome da Caixa de Assistência

182) Data

183) Descrição

184) Fuso

185) Dia

186) Quantidade UI

187) Valor

188) Fatura em Cartão de Crédito R\$

189) Aut

190) Data de Pagamento R\$

191) Nome da Caixa de Assistência

192) Data

193) Descrição

194) Fuso

195) Dia

196) Quantidade UI

197) Valor

198) Fatura em Cartão de Crédito R\$

199) Aut

200) Data de Pagamento R\$

201) Nome da Caixa de Assistência

202) Data

203) Descrição

204) Fuso

205) Dia

206) Quantidade UI

207) Valor

208) Fatura em Cartão de Crédito R\$

209) Aut

210) Data de Pagamento R\$

211) Nome da Caixa de Assistência

212) Data

213) Descrição

214) Fuso

215) Dia

216) Quantidade UI

217) Valor

218) Fatura em Cartão de Crédito R\$

219) Aut

220) Data de Pagamento R\$

221) Nome da Caixa de Assistência

222) Data

223) Descrição

224) Fuso

225) Dia

226) Quantidade UI

227) Valor

228) Fatura em Cartão de Crédito R\$

229) Aut

230) Data de Pagamento R\$

231) Nome da Caixa de Assistência

232) Data

233) Descrição

234) Fuso

235) Dia

236) Quantidade UI

237) Valor

238) Fatura em Cartão de Crédito R\$

239) Aut

life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



327244

|                                                                                                  |                                                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1º Registro ANS<br>406414                                                                        | 3º Ordem de Emissão em Guia<br>1 9 / 0 / 6 / 1 / 2 / 0             | 4º Data de Autuação<br>1 6 / 1 / 0 / 7 / 1 / 2 / 0 | 5º Serviço<br>AUTORIZADO | 6º Número da Guia Principal<br>7647682 | 7º Data Validade da Serviço<br>1 7 / 1 / 0 / 9 / 1 / 2 / 0 |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |
| 8º Número da Carteira<br>0 0 / 2 / 0 / 2 / 5 / 2 / 4 / 9 / 2 / 8 / 2 / 0 / 0 / 0 / 3 / 9 / 0 / 2 | 9º Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |
| 13º Nome<br>DANIEL FRANCISCO DOURADO FILHO                                                       |                                                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                  |                                                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |
| 16º Atribuição a RH<br>N                                                                         | 17º Nome do Profissional Solicitante<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA | 18º Número no CRO<br>35679                         | 19º UF<br>RJ             | 20º Cargo CEO S                        | Faturar Empresa                                            |
| 21º Código de Operadora / Cnpj / Cpf<br>1 0 / 0 / 2 / 0 / 5 / 2 / 5 / 7 / 2 / 9                  | 22º Nome do Contratado Encarregado<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA   | 23º Número no CRO<br>35679                         | 24º UF<br>RJ             | 25º Cargo CHES                         |                                                            |
| 26º Nome do Profissional Encarregado<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA                               |                                                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |
| 27º Número no CRO<br>35679                                                                       |                                                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |
| 28º UF<br>RJ                                                                                     |                                                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |
| 29º Código CEO S                                                                                 |                                                                    |                                                    |                          |                                        |                                                            |

|                                                     |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------|----------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| 30º Telefone<br>1 0 / 0 / 8 / 1 / 0 / 0 / 0 / 6 / 5 | 31º Código do Procedimento<br>CONSULTA ODONTOLÓGICA | 32º Descrição<br>CONSULTA ODONTOLÓGICA | 33º Dente Regido<br>HASE | 34º Face<br>1 | 35º Qtd<br>1 | 36º Quantidade US<br>3 4 / 0 / 0 | 37º Valor<br>0 / 0 / 0 | 38º Franchisa Co Participação R\$<br>S 1 / 6 / 0 / 3 / 2 0 | 39º Anl<br>S | 40º Data de Realização<br>1 6 / 0 3 / 2 0 | 41º Rótulo da Class<br>S 1 / 6 / 0 3 / 2 0 | 42º Assinatura<br>S |
| 2 0 / 0 / 8 4 / 0 / 0 / 1 / 9 / 8                   | PROFILAXIA: POLIMENTO                               | HASE                                   | 1                        | 1             | 1            | 3 5 / 0 / 0                      | 0 / 0 / 0              | S 1 / 6 / 0 3 / 2 0                                        | S            | 1 6 / 0 3 / 2 0                           | S 1 / 6 / 0 3 / 2 0                        | S                   |
| 3 0 / 0 / 8 4 / 0 / 0 / 0 / 1 / 9 / 8               | PROFILAXIA: POLIMENTO                               | HASD                                   | 1                        | 1             | 1            | 3 5 / 0 / 0                      | 0 / 0 / 0              | S 1 / 6 / 0 3 / 2 0                                        | S            | 1 6 / 0 3 / 2 0                           | S 1 / 6 / 0 3 / 2 0                        | S                   |
| 4 0 / 0 / 8 4 / 0 / 0 / 0 / 1 / 9 / 8               | PROFILAXIA: POLIMENTO                               | HAD                                    | 1                        | 1             | 1            | 3 5 / 0 / 0                      | 0 / 0 / 0              | S 1 / 6 / 0 3 / 2 0                                        | S            | 1 6 / 0 3 / 2 0                           | S 1 / 6 / 0 3 / 2 0                        | S                   |
| 5 0 / 0 / 8 4 / 0 / 0 / 0 / 1 / 9 / 8               | PROFILAXIA: POLIMENTO                               | HAIE                                   | 1                        | 1             | 1            | 3 5 / 0 / 0                      | 0 / 0 / 0              | S 1 / 6 / 0 3 / 2 0                                        | S            | 1 6 / 0 3 / 2 0                           | S 1 / 6 / 0 3 / 2 0                        | S                   |
| 6                                                   |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 7                                                   |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 8                                                   |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 9                                                   |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 10                                                  |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 11                                                  |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 12                                                  |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 13                                                  |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 14                                                  |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |
| 15                                                  |                                                     |                                        |                          |               |              |                                  |                        |                                                            |              |                                           |                                            |                     |

43 Data Previsão Término do Tratamento  
44 Tipo de Atendimento  
45 Tratamento Oculodentário 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência Emergência  
46 Total Quantitativo US  
47 Valor Total R\$  
48 Observação

50 Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante  
51 Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista  
52 Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável  
53 Data local e Cópia da Empresa



325562

|                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| 13-NAME                   | GABRIEL GODOI GARCIA SOARES |
| 14-Telephone              | 27/02/2012                  |
| 15-Name do aluno no curso | EZEQUIEL GARCIA SOARES      |

|                              |                                      |                   |        |                  |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------|------------------|
| 16. Assinatura e data da FRR | 17. Nome do Profissional Solicitante | 18. Número do CPO | 19. UF | 20. Código CBO 5 |
| N                            | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA           | 35679             | RJ     |                  |

**Estatut** **Empresa**

|                                           |                                   |                    |         |                 |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|---------|-----------------|
| 21 - Código na Ordem de Compra            | 22 - Nome do Contratado - Emissor | 23 - Número no CBO | 24 - UF | 25 - Código CNE |
| 1   0   0   2   0   5   2   5   7   2   9 | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA        | 35679              | RJ      |                 |
| 26 - Nome do Proponente - Beneficiário    |                                   |                    |         |                 |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA                |                                   |                    |         |                 |
| 27 - Número no CBO                        | 28 - UF                           | 29 - Código CBO S  |         |                 |
| 35679                                     | RJ                                |                    |         |                 |

| Panel on Testimony: Powerpress Sociology |                         |
|------------------------------------------|-------------------------|
| 29 Tamm                                  | 31 Codero de Powerpress |
| 32 Durrado                               |                         |
| 33 Durrado                               | 34 Fure                 |
| 35 Ode                                   | 36 Durrado US           |
| 37 Vidor                                 |                         |
| 38 Furena Corporation ES                 | 39 Ad                   |
| 40 Ode de Republic                       |                         |
| 41 Moore de Ode                          | 42 Ad                   |

[illegible]

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[illegible][illegible]

11

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

[illegible][illegible]

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos técnicos, científicos e alternativos de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com as cautelas previstas Decido ainda que este (procedimento(s)) descrito(s) acima, é por mim consentido e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com as cautelas conforme previsto em contrato.

|                                                   |                                                    |                                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 14 Data local e Assinatura do Cargado Data: _____ | 15 Data local e Assinatura do Boqueiro Data: _____ | 16 Data local e Assinatura do Boqueiro Data: _____ |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

[illegible]

life

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



338587

|                           |                                          |                                       |                         |                                        |                                          |
|---------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. Registro AAS<br>406414 | 3. Data de emissão da Guia<br>11/03/2017 | 4. Data de Autenticação<br>12/11/2017 | 5. Sessão<br>AUTORIZADO | 6. Número da Guia Principal<br>7701883 | 7. Data Vencida de 30 dias<br>11/11/2017 |
|---------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|

|                                                 |                                       |                                                       |                                          |                                        |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| 8. Número da Carteira<br>0002025298030000000102 | 9. Fluna<br>POS REDE PRESTADORA       | 10. Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                 | 11. Data Vencida de Carteira<br>11/11/11 | 12. Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13. Nome<br>LAISA PEREIRA MARCO                 | 14. Telefone<br>( ) 9 9 5 5 1 2 8 0 6 | 15. Nome do titular da Guia<br>GILBERTO ELPIDIO MARCO |                                          |                                        |

|                                                                    |                                                                    |                            |                 |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------------------------------|
| 16. Assinatura e Rubrica<br>N                                      | 17. Nome do Profissional Responsável<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA | 18. Número no CBO<br>35679 | 19. UF<br>RJ    | 20. Campo CBO B                                    |
| 21. Código de Controle e Tipo<br>10020525729                       | 22. Nome do Correlato e Responsável<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA  | 23. Número no CBO<br>35679 | 24. UF<br>RJ    | 25. Campo CNE B                                    |
| 26. Nome do Profissional Responsável<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA | 27. Número no CBO<br>35679                                         | 28. UF<br>RJ               | 29. Campo CBO B | 30. Futura Empresa<br>Enviar - RX<br>(0) 81000421- |

|                                           |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------|-------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------------------|--------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 31. Código do Procedimento<br>10018300127 | 32. Descrição<br>PULPOTOMIA EM DENTE | 33. Dente Região<br>85 | 34. Fluna<br>1 | 35. ON<br>1 | 36. Quantidade U5<br>105 | 37. Valor<br>0,00 | 38. Fragmento Corespondeção R\$<br>5,21 | 39. Aut<br>1 | 40. Data de Realização<br>11/03/2017 | 41. Número da Guia<br>338587 | 42. Assinatura<br>Laice Pereira Marco |
| 2                                         | 100181000421                         | RX PERIAPICAL          |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 3                                         |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 4                                         |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 5                                         |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 6                                         |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 7                                         |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 8                                         |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 9                                         |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 10                                        |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 11                                        |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 12                                        |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 13                                        |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 14                                        |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |
| 15                                        |                                      |                        |                |             |                          |                   |                                         |              |                                      |                              |                                       |

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confiro a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assessorante e aceitar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Otorização a pagar em meu nome e por minha conta, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                               |                                           |                                           |                                           |                                           |                                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 43. Data Realização<br>11/11/17               | 44. Tipo de Atendimento<br>1              | 45. Tratamento<br>1                       | 46. Total da Realização<br>1119,00        | 47. Valor Total R\$<br>0,00               | 48. Total Fragmento Corespondeção R\$<br>0,00 |
| 49. Data Realização da Carteira<br>12/11/2017 | 50. Data Realização da Guia<br>12/11/2017 | 51. Data Realização da Guia<br>12/11/2017 | 52. Data Realização da Guia<br>12/11/2017 | 53. Data Realização da Guia<br>12/11/2017 | 54. Data Realização da Guia<br>12/11/2017     |

337262Faturar Empresa

### Part 001 (continued) - Proceedings Schedule

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentada, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a compra das quantidades do profissional assinaante e autor com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que (x) (procedimento(s) deprecia(s) acima e por mim assumido(s), (foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a (pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado compreendendo a alíquota com os custos conforme previsto em contrato

[illegible]



|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| 1) Nombre(s) y Apellido          | 406414     |
| 2) Dato de nacimiento (dd/mm/aa) | 11/01/07   |
| 3) Dato de ingreso (dd/mm/aa)    | 12/21/07   |
| 4) Dato de salida (dd/mm/aa)     | 12/21/07   |
| 5) Estado                        | AUTORIZADO |
| 6) Numero de Curs Principal      | 7096227    |
| 7) Dato de salida de Escuela     | 08/11/07   |

337262

|                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0                                                                                                                                                                                                                | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 0 | 7 | 3 | 6 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 3 | 4 | 0 | 2 |
| (1) Movimento da Carteira<br>(3) Empresa<br>POS REDE PRESTADORA<br>(11) Empresa<br>NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS<br>(11) Data Validade da Carteira<br>/ / / / /<br>(17) Movimento da Carteira Nacional do Bradesco |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

[illegible]

|                                 |   |                                  |   |
|---------------------------------|---|----------------------------------|---|
| 16) Assinatura: B. Pin          |   | 17) Nome do Fornecedor: Bona     |   |
| N                               |   | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA       |   |
| 21) Código de Qualidade: C. Pin |   | 22) Nome do Contrato: Fornecedor |   |
| 1                               | 1 | 0                                | 0 |
| 2                               | 2 | 0                                | 5 |
| 2                               | 5 | 2                                | 5 |
| 7                               | 7 | 2                                | 9 |
| 9                               |   |                                  |   |
|                                 |   |                                  |   |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA      |   | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA       |   |
| 23) Nome do CNO                 |   | 24) CNO                          |   |
| 35679                           |   | RJ                               |   |
| 25) Código CNO B                |   | 26) Código CNO S                 |   |
|                                 |   |                                  |   |
| Faturar Empresa                 |   |                                  |   |

|                                   |                   |           |                   |
|-----------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|
| <p>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA</p> | <p>27/04/1979</p> | <p>RJ</p> | <p>24/04/2019</p> |
|-----------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|

| 30     | 31                              | 32                    | 33             | 34   | 35   | 36         | 37    | 38                           | 39  | 40                 | 41         |
|--------|---------------------------------|-----------------------|----------------|------|------|------------|-------|------------------------------|-----|--------------------|------------|
| Tabela | Código do Paciente/Prestador    | Descrição             | Denom. Reg. do | Fase | Cat. | Quantidade | Valor | Fratura Co. Participação R\$ | Ano | Data de Realização | Assinatura |
| 1      | 0 0   8 1   0 0   0 0   6 5     | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                |      | 1    | 3,4        | 0,00  | 0,00                         |     | 22/09/20           |            |
| 2      | 0 0   8 4   0 0   0 0   1 9   8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE           |      | 1    | 3,5        | 0,00  | 0,00                         |     | 22/09/20           |            |
| 3      | 0 0   8 4   0 0   0 0   1 9   8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD           |      | 1    | 3,5        | 0,00  | 0,00                         |     | 22/09/20           |            |
| 4      | 0 0   8 4   0 0   0 0   1 9   8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID           |      | 1    | 3,5        | 0,00  | 0,00                         |     | 22/09/20           |            |
| 5      | 0 0   8 4   0 0   0 0   1 9   8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE           |      | 1    | 3,5        | 0,00  | 0,00                         |     | 22/09/20           |            |
| 6      |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 7      |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 8      |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 9      |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 10     |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 11     |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 12     |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 13     |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 14     |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |
| 15     |                                 |                       |                |      |      |            |       |                              |     |                    |            |

43 Data Prescrição Terceira do Tratamento

44 Tipo de Atendimento

45 Tipo de Pagamento

46 Total Quantitativo US

47 Valor Total R\$

48 Total Fratura Co. Participação R\$

1 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência Emergência

1 Total 2 Parcela

1 7 4 0 0

0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido, sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os custos previstos em Declaração anexa que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Quedadisa a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que possui esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com os custos conforme previsto no contrato.

ab Observerweg an

|                                               |          |
|-----------------------------------------------|----------|
| 50) Data de emissão da Declaração Fiscal/Ano  | 22/07/20 |
| 51) Data de emissão da Carteira Profissional  | 22/07/20 |
| 52) Data de emissão da Inscrição Profissional | 22/07/20 |
| 53) Data de emissão da Carteira do Engenheiro |          |

life

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AF



339943

1-Registro AOS  
406414

2-Data de Emissão da Guia  
11/05/10 17/12/01

3-Data de Autorização  
12/12/10 17/12/01

4-Será  
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal  
7708283

6-Data Vencível da Guia  
11/03/11 10/12/01

339943

7-Data de Beneficiário

8-Número da Carteira  
0100202507367000107803

9-Puro  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS

11-Data Vencível da Carteira  
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
JANAINA WILKELLI MORAES

14-Data do Contrato de Seguro para Tratamento

17/09/1979

15-Telefone  
( ) - - - - -

16-Nome do Beneficiário  
FABIO APARECIDO AVELISIO

17-Nome do Profissional Responsável  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

18-Endereço do Profissional  
11010205257129

19-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

20-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

21-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

22-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

23-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

24-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

25-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

26-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

27-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

28-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

29-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

30-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

31-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

32-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

33-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

34-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

35-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

36-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

37-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

38-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

39-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

40-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

41-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

42-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

43-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

44-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

45-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

46-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

47-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

48-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

49-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

50-Endereço do Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a estar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: *Janaina Wilkelli Moraes*

Assinatura do Profissional: *Fernanda Duque de Oliveira*

Assinatura do Assistente: *Fernanda Duque de Oliveira*

Assinatura do Responsável: *Fernanda Duque de Oliveira*



339095

© 2004 The Authors  
Journal compilation © 2004 Blackwell Publishing Ltd



335571

|                                                             |  |                                                               |  |                                                     |  |                                          |  |                                         |  |                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1-Identificação: 406414                                     |  | 3-Código de controle da Guia: 1071071210                      |  | 4-Código de Autuação: 123110711210                  |  | 5-Série: AUTORIZADO                      |  | 6-Número da Guia Principal: 768616      |  | 7-Código Verificador da Série: 105111011210 |  |
| 8-Data de Emissão: 09/01/2010                               |  | 9-Plano: POS REDE PRESTADORA                                  |  | 10-É impressa: NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS          |  | 11-Data Vencimento da Carteira: 11/11/11 |  | 12-Número do Cartão Nacional do Seguro: |  | 335571                                      |  |
| 13-Nome: MARIA EDUARDA VARGAS FRANCISCO                     |  | 14-Telefone: (11) 01010101010                                 |  | 15-Nome do titular do seguro: EDSON MAURO FRANCISCO |  | 16-Número no CRO: 35679                  |  | 17-UF: RJ                               |  | 18-Código CRO S:                            |  |
| 19-Identificação: N                                         |  | 20-Nome do Profissional Suscritor: FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA |  | 21-Número no CRO: 35679                             |  | 22-UF: RJ                                |  | 23-Código CRO S:                        |  | 24-Faturar Empresa:                         |  |
| 25-Código da Operadora: 0101                                |  | 26-Endereço: 5257                                             |  | 27-Número no CRO: 35679                             |  | 28-UF: RJ                                |  | 29-Código CRO S:                        |  | 30-Data de Emissão: 09/01/2010              |  |
| 31-Nome do Profissional Emissor: FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA |  | 32-Endereço: 5257                                             |  | 33-Número no CRO: 35679                             |  | 34-UF: RJ                                |  | 35-Código CRO S:                        |  | 36-Data de Emissão: 09/01/2010              |  |

| 30 - Fornecedor |   | 31 - Código do Produto/Item |   | 32 - Descrição |   | 33 - Dente Projeto |   | 34 - Faltas |   | 35 - Qtd |                       | 36 - Quantidade US |  | 37 - Valor |  | 38 - Preço Unit. Convencional P3 |  | 39 - Qtd |  | 40 - Custo de Produção |  | 41 - Material de Consumo |  | 42 - Importação |  |
|-----------------|---|-----------------------------|---|----------------|---|--------------------|---|-------------|---|----------|-----------------------|--------------------|--|------------|--|----------------------------------|--|----------|--|------------------------|--|--------------------------|--|-----------------|--|
| 1               | 0 | 0                           | 8 | 1              | 0 | 0                  | 0 | 0           | 6 | 5        | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 2               |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 3               |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 4               |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 5               |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 6               |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 7               |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 8               |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 9               |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 10              |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 11              |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 12              |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 13              |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 14              |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |
| 15              |   |                             |   |                |   |                    |   |             |   |          |                       |                    |  |            |  |                                  |  |          |  |                        |  |                          |  |                 |  |

43 - Data Recebido Termino do Tratamento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Atendimento

46 - Total Quantidade US

47 - Valor Total US

48 - Total Parcelas Contratadas P3

49 - Total Parcelas Contratadas P3

Declaro que aqui por este procedimento reconheço todos os propósitos, fins, custos e benefícios do tratamento, conforme acima detalhado, sendo a aderência a este(s) tratamento(s) voluntária e consciente(s). Declaro ainda que este(s) procedimento(s) da(s) cirurgia(ões) acima, é (s) por mim assumido(s) com meu consentimento(s) e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, de preferência creditada, que possa estar devidamente, em valores referentes ao tratamento, estabelecido, comprometendo-me a arcuar com os custos conforme previsto em contrato.

A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

Page 8 History in the Classroom Document Submission

21. Does your organization do anything to encourage

5252.0337

ISSN 0008-4133

[illegible]332465

|                            |                                       |            |             |                         |
|----------------------------|---------------------------------------|------------|-------------|-------------------------|
| 13 Nome                    | VINICIUS LUIS DIAS DA COSTA           | 04/01/2011 | 14 Telefone | ( ) ( ) 3 3 5 2 3 1 9 6 |
| 15 Nome do Relator do Juri | MARIA HELENA DA COSTA SILVA RODRIGUES |            |             |                         |

|                                       |                                   |                  |       |                |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------|-------|----------------|
| 21-Código na Ordem de Compra - CUP    | 22-Nome do CONTRATADO EXCULPITADO | 23-Número no CND | 24-UF | 25-Código CNES |
| 110020525729                          | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA        | 35679            | RJ    |                |
| <p>Enviar - RX<br/>(1) 8300127-75</p> |                                   |                  |       |                |

|                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 25 Nome do Profissional Encarregado | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA |
| 27 Número no CRO                    | 35679                      |
| 28 UF                               | RJ                         |
| 29 Código CBO S                     |                            |

(1) 8100421-

[illegible]

|     |           |               |     |   |       |  |   |      |    |  |
|-----|-----------|---------------|-----|---|-------|--|---|------|----|--|
| 100 | 830000127 |               | 75  | 1 | 10500 |  | S | 4707 | 60 |  |
| 100 | 810000421 | RX PERIAPICAL | RME | 1 | 1400  |  | S | 1707 | 20 |  |

Handwriting practice sheet with three rows of dashed lines for tracing and solid lines for independent writing.

[illegible][illegible]

12

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 43 Data Recolha Termos do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 44 Tipo de Atendimento                                                                                                                                                                                                     | 45 Tipo de Caracterização                                              | 46 Tipo de Caracterização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 47 Tipo de Caracterização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 48 Tipo de Caracterização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> 5<br><input type="checkbox"/> 6<br><input type="checkbox"/> 7<br><input type="checkbox"/> 8<br><input type="checkbox"/> 9<br><input type="checkbox"/> 10<br><input type="checkbox"/> 11<br><input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 1 Tratamento Odontológico<br><input type="checkbox"/> 2 Exame Radiológico<br><input type="checkbox"/> 3 Ortopedia<br><input type="checkbox"/> 4 Urologia<br><input type="checkbox"/> 5 Emergência | <input type="checkbox"/> 1 Total<br><input type="checkbox"/> 2 Parcial | <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> 5<br><input type="checkbox"/> 6<br><input type="checkbox"/> 7<br><input type="checkbox"/> 8<br><input type="checkbox"/> 9<br><input type="checkbox"/> 10<br><input type="checkbox"/> 11<br><input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> 5<br><input type="checkbox"/> 6<br><input type="checkbox"/> 7<br><input type="checkbox"/> 8<br><input type="checkbox"/> 9<br><input type="checkbox"/> 10<br><input type="checkbox"/> 11<br><input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> 5<br><input type="checkbox"/> 6<br><input type="checkbox"/> 7<br><input type="checkbox"/> 8<br><input type="checkbox"/> 9<br><input type="checkbox"/> 10<br><input type="checkbox"/> 11<br><input type="checkbox"/> 12 |

Declaro, que após ler todo o conteúdo deste documento, concordo com os termos aqui estabelecidos, e por mim assinados, (ou por quem eu autorizar), em nome e por minha conta, no precatório contratado, declaro ainda que eu/s) comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

447 Chubb, 2020

maaphu qe Pa pmaola yele nte

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1) Data local e Assinatura do Contratado</p> <p>2) Data local e Assinatura do Beneficiário</p> <p>3) Data local e Contato da Empresa</p> | <p>1) Data local e Assinatura do Contratado</p> <p>2) Data local e Assinatura do Beneficiário</p> <p>3) Data local e Contato da Empresa</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 17 | 04 | 20 | 17 | 04 | 20 | 17 | 04 | 20 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## 332465





life

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



339222

|                                                                            |                                                                          |                                             |                                     |                                       |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| 1 Registro ANS<br><b>406414</b>                                            | 3 Data de Emissão da Guia<br>14/10/12                                    | 4 Data de Autenticação<br>12/11/07/12       | 5 Sessão<br><b>AUTORIZADO</b>       | 6 Número da Guia Principal<br>7705108 | 7 Data Validade da Sessão<br>12/11/10/12 |
| Dados do Beneficiário                                                      |                                                                          |                                             |                                     |                                       |                                          |
| 8 Nome do Beneficiário<br><b>CAMILLY EMANUELI CERASI RIBEIRO CORREA FO</b> | 9 Posição<br><b>POS REDE PRESTADORA</b>                                  | 10 Empresa<br><b>DENTAL UNI COOPERATIVA</b> | 11 Data Validade da Carteira<br>/ / | 12 Número do Cartão Nacional de Saúde |                                          |
| Dados do Correntista Responsável pelo Tratamento                           |                                                                          |                                             |                                     |                                       |                                          |
| 16 Atendimento a PM<br><b>N</b>                                            | 17 Nome do Profissional Solicitante<br><b>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA</b> | 18 Número no CRO<br><b>35679</b>            | 19 UF<br><b>RJ</b>                  | 20 Código CBO S                       |                                          |
| 21 Código no Operadora - CNPJ - CPE<br>10020525725729                      | 22 Nome do Correntista Emissante<br><b>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA</b>    | 23 Número no CRO<br><b>35679</b>            | 24 UF<br><b>RJ</b>                  | 25 Código CNES                        |                                          |
| 26 Nome do Profissional Executante<br><b>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA</b>    |                                                                          | 27 Número no CRO<br><b>35679</b>            | 28 UF<br><b>RJ</b>                  | 29 Código CBO S                       |                                          |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                            |                                                                          |                                             |                                     |                                       |                                          |

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 83000127-84

(II) 83000127-85

(III) 81000421-

| 30 Tabela | 31 Código do Procedimento | 32 Descrição        | 33 Dente Região | 34 Face | 35 Cid | 36 Quantidade US | 37 Valor | 38 Faturar | 39 Aut | 40 Data de Realização | 41 Motivo da Guia | 42 Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1         | 00830000127               | PULPOTOMIA EM DENTE | 84              |         | 1      | 105              | 10,00    |            |        |                       |                   |               |
| 2         | 00830000127               | PULPOTOMIA EM DENTE | 85              |         | 1      | 105              | 10,00    |            |        |                       |                   |               |
| 3         | 00810000421               | RX PERIAPICAL       |                 |         | 1      | 14               | 10,00    |            |        |                       |                   |               |
| 4         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 5         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 6         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 7         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 8         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 9         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 10        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 11        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 12        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 13        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 14        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |
| 15        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |            |        |                       |                   |               |

|                                        |                                                                                |                        |                        |                    |                                         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43 Data Prevista Término do Tratamento | 44 Tipo de Atendimento                                                         | 45 Tipo de Faturamento | 46 Total Quantizado US | 47 Valor Total R\$ | 48 Total Faturado - Co-participação R\$ |
|                                        | 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Consulta 4 Urgência Emergência | 1 Total 2 Parcial      | 1224,00                |                    | 10,00                                   |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declino ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assumido(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 Observações

*Imagem RX enviada por e-mail*

|                                                               |                                                                 |                                                                    |                                    |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 50 Data VZL e Assinatura do Causante Beneficiário<br>21/10/12 | 51 Data local e Assinatura do Causante Beneficiário<br>21/10/12 | 52 Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>21/10/12 | 53 Data local e Carimbo da Empresa |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

life

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



335613

1. Registro AAS  
406414

3. Data de Emissão da Guia  
10/07/2017

4. Data de Autorização  
11/07/2017

5. Série  
AUTORIZADO

6. Número da Guia Principal  
7688810

7. Data Vencim. da Série  
10/05/2017

8. Número da Guia  
010202507367000916404

9. Plano  
POS REDE PRESTADORA

10. Empresa  
NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS

11. Data Validade da Carteira  
11/11/11

12. Número da Carteira Nacional de Saúde

13. Nome  
MARCO ANTONIO GUIMARAES SARRO

04/08/2015

14. Telefone  
( ) 000000000

15. Nome do titular do plano  
ROGERIO SARRO

Depto do Convênio Beneficiário pelo Tratamento

16. Beneficiário: a. PN  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

18. Número no CRO  
35679

19. UF  
RJ

20. Código CBO S

21. Código da Operadora (CBO) CPF  
110020525729

22. Nome do Convênio Beneficiário  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

23. Número no CRO  
35679

24. UF  
RJ

25. Código CNES

Faturar Empresa

26. Nome do Profissional Encarregado  
FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA

27. Número no CRO  
35679

28. UF  
RJ

29. Código CBO S

Plano de Tratamento: Prox. Análise, Solicitação

30. Tabela  
31. Código de Procedimento  
01085100196

32. Descrição  
RESTAURAÇÃO RESINA

33. Dente-Relevo  
85

34. Face  
0

35. Qtd  
1

36. Quantidade US  
61,00

37. Valor  
0,00

38. Franquia Co. par. função R\$  
0,00

39. Aut.  
14/07/2017

40. Data de Realização  
14/07/2017

41. Método da Carga  
X

42. Ass.  
Garcia

43. Total  
61,00

44. Total  
61,00

45. Total  
61,00

46. Total  
61,00

47. Total  
61,00

48. Total  
61,00

49. Total  
61,00

50. Total  
61,00

51. Total  
61,00

52. Total  
61,00

53. Total  
61,00

54. Total  
61,00

55. Total  
61,00

56. Total  
61,00

57. Total  
61,00

58. Total  
61,00

59. Total  
61,00

60. Total  
61,00

61. Total  
61,00

62. Total  
61,00

63. Total  
61,00

64. Total  
61,00

65. Total  
61,00

Declaramos que todos os dados devidamente esclarecidos sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

45. Operador(a)

46. Data Assinatura do Convênio Domicílio Solicitante  
14/07/2017

51. Data e Assinatura do Convênio Domicílio  
14/07/2017

52. Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável  
14/07/2017

53. Data Assinatura e Carimbo da Empresa



|                   |                            |                         |                        |             |                             |                                |
|-------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Municipio (NM) | 2. Data de Emissão da Guia | 3. Data de Autenticação | 4. Data de Arrecadação | 5. Sentença | 6. Número da Guia Principal | 7. Data Vencimento da Sentença |
| 406614            | 10/2/07/20                 | 10/10/7/20              | 10/10/7/20             | AUTORIZADO  | 7680924                     | 30/09/20                       |

|                                                                             |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <p>8. Número da Carteira</p> <p>0 0 2 0 2 5 0 7 3 6 7 0 0 0 3 6 1 9 0 3</p> | <p>9. Placa</p> <p>POS REDE PRESTADORA</p>                    |
| <p>10. Empresa</p> <p>NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS</p>                       | <p>12. Número do Cartão Nacional de Seguro</p>                |
| <p>11. Data Vistoria da Carteira</p> <p> / /</p>                            | <p>13. Nome</p> <p>THAYLA DA SILVA DOS SANTOS GOMES</p>       |
| <p>14. Telefone</p> <p>( ) 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p>                          | <p>15. Nome do Indar do plano</p> <p>TIAGO DE PAULO GOMES</p> |
| <p>16. Data de Emissão</p> <p>20/06/2014</p>                                | <p>17. Nome do Corretor</p> <p>Adriano do Carmo</p>           |

|                                           |  |                                     |  |                  |  |       |  |                 |  |
|-------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------|--|-------|--|-----------------|--|
| N                                         |  | 17 Nome do Produtor(a) Esclarecido  |  | 18 Número no CRO |  | 19 UF |  | 20 Codigo CRO S |  |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA                |  |                                     |  | 35679            |  | RJ    |  |                 |  |
| 21 Codigo na Ordem de Compra C.M.P. C.P.R |  | 22 Nome do Contrahido e esclarecido |  | 23 Numero no CRO |  | 24 UF |  | 25 Codigo CNE S |  |
| 1   0   0   2   0   5   2   5   7   2   9 |  | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA          |  | 35679            |  | RJ    |  |                 |  |
| 26 Nome do Produtor(a) e esclarecido      |  |                                     |  | 27 Numero no CRO |  | 28 UF |  | 29 Codigo CRO S |  |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA                |  |                                     |  | 35679            |  | RJ    |  |                 |  |

Faturar Empresa  
 Enviar - RX  
 (I) 83000127-84  
 (II) 83000127-85  
 (III) 81000421-

| 30) Tabela | 31) Código do Procedimento | 32) Descrição   | 33) Dente Proj ao | 34) Face | 35) Old | 36) Quantidade US | 37) Valor | 38) Frayzua Co-quantificação P3 | 39) Aut | 40) Data de Realização | 41) Material da Oclusão | 42) Valor |
|------------|----------------------------|-----------------|-------------------|----------|---------|-------------------|-----------|---------------------------------|---------|------------------------|-------------------------|-----------|
| 1          | 10 0                       | 8 3 0 0 0 1 2 7 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 2          | 0 0                        | 8 3 0 0 0 1 2 7 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 3          | 0 0                        | 8 1 0 0 0 4 2 1 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 4          |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 5          |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 6          |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 7          |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 8          |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 9          |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 10         |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 11         |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 12         |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 13         |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 14         |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 15         |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |
| 16         |                            |                 |                   |          |         |                   |           |                                 |         |                        |                         |           |

43) Data Percebido Terminado do Tratamento

44) Tipo de Atendimento

45) Tipo de Realização

46) Total Quantidade US

47) Valor Total R\$

48) Total Frayzua Co-quantificação R\$

49) Tratamento Odontológico 2ª Fase Radiológica 3ª Oclusão 4ª Unificação Finalizada

50) Total 2ª Fase

51) Total 3ª Fase

52) Total 4ª Fase

53) Total 5ª Fase

54) Total 6ª Fase

55) Total 7ª Fase

56) Total 8ª Fase

57) Total 9ª Fase

58) Total 10ª Fase

59) Total 11ª Fase

60) Total 12ª Fase

61) Total 13ª Fase

62) Total 14ª Fase

63) Total 15ª Fase

64) Total 16ª Fase

65) Total 17ª Fase

66) Total 18ª Fase

67) Total 19ª Fase

68) Total 20ª Fase

69) Total 21ª Fase

70) Total 22ª Fase

71) Total 23ª Fase

72) Total 24ª Fase

73) Total 25ª Fase

74) Total 26ª Fase

75) Total 27ª Fase

76) Total 28ª Fase

77) Total 29ª Fase

78) Total 30ª Fase

79) Total 31ª Fase

80) Total 32ª Fase

81) Total 33ª Fase

82) Total 34ª Fase

83) Total 35ª Fase

84) Total 36ª Fase

85) Total 37ª Fase

86) Total 38ª Fase

87) Total 39ª Fase

88) Total 40ª Fase

89) Total 41ª Fase

90) Total 42ª Fase

91) Total 43ª Fase

92) Total 44ª Fase

93) Total 45ª Fase

94) Total 46ª Fase

95) Total 47ª Fase

96) Total 48ª Fase

97) Total 49ª Fase

98) Total 50ª Fase

99) Total 51ª Fase

100) Total 52ª Fase

101) Total 53ª Fase

102) Total 54ª Fase

103) Total 55ª Fase

104) Total 56ª Fase

105) Total 57ª Fase

106) Total 58ª Fase

107) Total 59ª Fase

108) Total 60ª Fase

109) Total 61ª Fase

110) Total 62ª Fase

111) Total 63ª Fase

112) Total 64ª Fase

113) Total 65ª Fase

114) Total 66ª Fase

115) Total 67ª Fase

116) Total 68ª Fase

117) Total 69ª Fase

118) Total 70ª Fase

119) Total 71ª Fase

120) Total 72ª Fase

121) Total 73ª Fase

122) Total 74ª Fase

123) Total 75ª Fase

124) Total 76ª Fase

125) Total 77ª Fase

126) Total 78ª Fase

127) Total 79ª Fase

128) Total 80ª Fase

129) Total 81ª Fase

130) Total 82ª Fase

131) Total 83ª Fase

132) Total 84ª Fase

133) Total 85ª Fase

134) Total 86ª Fase

135) Total 87ª Fase

136) Total 88ª Fase

137) Total 89ª Fase

138) Total 90ª Fase

139) Total 91ª Fase

140) Total 92ª Fase

141) Total 93ª Fase

142) Total 94ª Fase

143) Total 95ª Fase

144) Total 96ª Fase

145) Total 97ª Fase

146) Total 98ª Fase

147) Total 99ª Fase

148) Total 100ª Fase

Declaro, que após ter sido devidamente assistida(a) sobre as propostas, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentadas, acato e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acata com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma voluntária. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado compreendendo-me a acatar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



330813

|                           |                                               |                                           |                        |                                        |                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1- Registro ANS<br>406414 | 3- Data de Emissão da Guia<br>12/6/10 6/12/10 | 4- Data de Autorização<br>11/4/10 7/12/10 | 5- Sembr<br>AUTORIZADO | 6- Número da Guia Principal<br>7666997 | 7- Data Validação da Sembr<br>12/4/10 9/12/10 |
|---------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                       |                                               |                                 |                                       |                                          |                                        |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                 | 8- Número da Carteira<br>00020252993010000102 | 9- Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10- Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11- Data Validação da Carteira<br>1/1/11 | 12- Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13- Nome<br>CAMILLY EMANUELI CERASI RIBEIRO CORREA FO | 14- Telefone<br>( ) - - - - -                 |                                 |                                       |                                          |                                        |
| 15- Nome do titular do plano<br>JOSELY CERASI RIBEIRO |                                               |                                 |                                       |                                          |                                        |

|                                                                   |                                                                    |                            |                  |                  |                 |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|------------------|-----------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                   |                                                                    |                            |                  |                  |                 |
| 16- Alinhamento a RN<br>N                                         | 17- Nome do Profissional Responsável<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA | 18- Número no CRO<br>35679 | 19- UF<br>RJ     | 20- Código CRO S | Faturar Empresa |
| 21- Código na Operadora / CUPJ / CPF<br>10020525729               | 22- Nome do Contratado Executante<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA    | 23- Número no CRO<br>35679 | 24- UF<br>RJ     | 25- Código CNE S |                 |
| 26- Nome do Profissional Executante<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA | 27- Número no CRO<br>35679                                         | 28- UF<br>RJ               | 29- Código CRO S |                  |                 |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------|--------|------------------------|----------|---------------------------------|--------|------------------------|---------------------|---------------------|
| 30 Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 31 Código do Procedimento | 32 Descrição         | 33 Dente Respo | 34 Face | 35 Qtd | 36 Quantidade UG       | 37 Valor | 38 Franquia Co-participação R\$ | 39 Aut | 40 Data de Realização  | 41 Motivo da Cessão | 42 Assinatura       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 000830000089              | EXODONTIA SIMPLES DE | 64             | 1       | 1      | 73,00                  | 0,00     | 0,00                            |        | 14/07/20               |                     | <i>[assinatura]</i> |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 000830000089              | EXODONTIA SIMPLES DE | 65             | 1       | 1      | 73,00                  | 0,00     | 0,00                            |        | 14/07/20               |                     | <i>[assinatura]</i> |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |
| 43 Data Prescrição Termino do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                      |                |         |        | 44 Tipo de Atendimento |          | 45 Tipo de Faturamento          |        | 46 Total Quantidade US |                     | 47 Valor Total R\$  |
| 1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1 |                           |                      |                |         |        |                        |          |                                 |        |                        |                     |                     |

# GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



|                                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 Registro ANS<br>406614                                      | 3 Data de Emissão da Guia<br>10/7/10 7/12/0 | 4 Data de Autenticação<br>11/5/10 7/12/0 | 5 Série da AUTORIZADO | 6 Número da Guia Principal<br>7689349 | 7 Data Validade da Série<br>10/5/11 10/12/1 |
| 8 Número da Carteira<br>10/02/02 50736700107803               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 9 Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 10 Empresa<br>NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS                     |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 11 Data Validade da Carteira<br>11/11/11                      |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 12 Número do Cartão Nacional de Saúde                         |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 13 Nome<br>JANAINA WILKELI MORAES                             |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 14 Telefone<br>( ) - - - - -                                  |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 15 Nome do titular do plano<br>FABIO APARECIDO AVELISIO       |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 16 Nome do Contratado<br>N                                    |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 17 Nome do Contratado Exercente<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 18 Número do CRO<br>RJ 35679                                  |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 19 UF<br>RJ                                                   |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 20 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 21 Cópia CNES                                                 |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 22 Nome do Contratado Exercente<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 23 Número no CRO<br>RJ 35679                                  |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 24 UF<br>RJ                                                   |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 25 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 26 Nome do Contratado Exercente<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 27 Número no CRO<br>RJ 35679                                  |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 28 UF<br>RJ                                                   |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 29 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 30 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 31 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 32 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 33 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 34 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 35 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 36 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 37 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 38 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 39 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 40 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 41 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 42 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 43 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 44 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 45 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 46 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 47 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 48 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 49 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 50 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 51 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 52 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 53 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 54 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 55 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 56 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 57 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 58 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 59 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 60 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 61 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 62 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 63 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 64 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 65 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 66 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 67 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 68 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 69 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 70 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 71 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 72 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 73 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 74 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 75 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 76 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 77 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 78 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 79 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 80 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 81 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 82 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 83 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 84 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 85 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 86 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 87 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 88 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 89 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 90 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 91 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 92 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 93 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 94 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 95 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 96 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 97 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 98 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 99 Cópia CRO S                                                |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 100 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 101 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 102 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 103 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 104 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 105 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 106 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 107 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 108 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 109 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 110 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 111 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 112 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 113 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 114 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 115 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 116 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 117 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 118 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 119 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 120 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 121 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 122 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 123 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 124 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 125 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 126 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 127 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 128 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 129 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 130 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 131 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 132 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 133 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 134 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 135 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 136 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 137 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 138 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 139 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 140 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 141 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 142 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 143 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 144 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 145 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 146 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 147 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 148 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 149 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 150 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 151 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 152 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 153 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 154 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 155 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 156 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 157 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 158 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 159 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 160 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 161 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 162 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 163 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |
| 164 Cópia CRO S                                               |                                             |                                          |                       |                                       |                                             |

[illegible]

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a agir com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima é (s) por mim assumido(s). Informo (relato(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Fotos unidas por aplicativos (pelo pti)

|                                                          |                 |  |
|----------------------------------------------------------|-----------------|--|
| 50) Data local e Assinatura do Coordenador Jurídico      | 14/5/2017, 12:0 |  |
| 51) Data local e Assinatura do Coordenador Jurídico      | 14/5/2017, 12:0 |  |
| 52) Data local e Assinatura do Beneficiário (Preço zero) | 14/5/2017, 12:0 |  |
| 53) Data local e Causa da Empresa                        | 14/5/2017, 12:0 |  |



|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|--------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------|--|---------------------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|
| 1-Registro ANS                                   |  | 3-Dia de Emissão da Guia            |  | 4-Dia de Autorização        |  | 5-Serial                              |  | 6-Numero da Guia Principal |  | 7-Dia Validade da Simet |  |
| 406414                                           |  | 12/9/10                             |  | 16/10/12                    |  | AUTORIZADO                            |  | 7670369                    |  | 12/12/10                |  |
| Dados do Beneficiário                            |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 8-Numero da Carteira                             |  | 10-Plano                            |  | 11-Dia Validade da Carteira |  | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde |  |                            |  |                         |  |
| 00020125241928200003903                          |  | POS REDE PRESTADORA                 |  | NEW CARGO TRANSPORTE E      |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 13-Nome                                          |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| BRENDA MARTINS DOURADO                           |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 14-Telefone                                      |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| ( ) - - - - -                                    |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 15-Nome do titular do Plano                      |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| ALINE MARTINS DOURADO                            |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 16-Documentos à Pm                               |  | 17-Nome do Profissional Responsável |  | 18-Numero no CRO            |  | 19-UF                                 |  | 20-Código CBO S            |  |                         |  |
| N                                                |  | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA          |  | 35679                       |  | RJ                                    |  | 35679                      |  |                         |  |
| 21-Código na Operadora (CNP) - CUF               |  | 22-Nome do Contratado e Endereços   |  | 23-Numero no CRO            |  | 24-UF                                 |  | 25-Código CNES             |  |                         |  |
| 110102051257219                                  |  | FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA          |  | 35679                       |  | RJ                                    |  | 35679                      |  |                         |  |
| 26-Nome do Profissional Executante               |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA                       |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 27-Numero no CRO                                 |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 35679                                            |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 28-UF                                            |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| RJ                                               |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 29-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 30-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 31-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 32-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 33-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 34-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 35-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 36-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 37-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 38-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 39-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 40-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 41-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 42-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 43-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 44-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 45-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 46-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 47-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 48-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 49-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 50-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 51-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 52-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 53-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 54-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 55-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 56-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 57-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 58-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 59-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 60-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 61-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 62-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 63-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 64-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 65-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 66-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 67-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 68-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 69-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 70-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 71-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 72-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 73-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 74-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 75-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 76-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 77-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 78-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 79-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 80-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 81-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 82-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 83-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 84-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 85-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 86-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 87-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 88-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 89-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 90-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 91-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 92-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 93-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 94-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 95-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 96-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 97-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 98-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 99-Código CBO S                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 100-Código CBO S                                 |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 101-Código CBO S                                 |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 102-Código CBO S                                 |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 103-Código CBO S                                 |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
|                                                  |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |
| 104-Código CBO S                                 |  |                                     |  |                             |  |                                       |  |                            |  |                         |  |

[illegible]

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima é (e por mim assinado(s)). Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos adicionais previstos em contrato.

49-Conservation

53-Organização e Administração do Curso de Dentista Especialista

51-Dir. Local e Assunção do Culpado-Direc.

52 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dala, local e Caramelo da Fm. São-

16/07/20

11/20/20

16/07/20

I I I I I

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N-



|                 |                            |                         |            |                             |                             |
|-----------------|----------------------------|-------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1- Registro ANS | 2- Data de Emissão da Guia | 3- Data de Autenticação | 4- Serinha | 5- Número da Guia Principal | 6- Data Validada da Serinha |
| 406414          | 10/1/07/12/01              | 11/6/07/11/21/01        | AUTORIZADO | 7674061                     | 12/9/09/11/21/01            |

332107

[illegible]

|                                                                                  |  |                                                                   |  |                           |  |                 |  |                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|
| 16-Atendimento a RM<br>N                                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA |  | 18-Número no CRO<br>35679 |  | 19-UF<br>RJ     |  | 20-Código CBO S |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1   1   0   2   0   5   2   5   7   2   9 |  | 22-Nome do Contratado / Encargado<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA   |  | 23-Número no CRO<br>35679 |  | 24-UF<br>RJ     |  | 25-Código CNES  |  |
| 26-Nome do Profissional e recatante<br>FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA                |  | 27-Número no CRO<br>35679                                         |  | 28-UF<br>RJ               |  | 29-Código CBO S |  |                 |  |

Flaturar Empresa

[illegible]

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declino, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50. Data local e hora da entrega da Declaração: 16/07/20

51. Data local e hora da entrega da Declaração: 16/07/20

52. Data local e hora da entrega da Declaração: 16/07/20

53. Data local e hora da entrega da Declaração: 16/07/20

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.46



326666

|                 |                            |            |                        |           |                             |                            |
|-----------------|----------------------------|------------|------------------------|-----------|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Registro ANS | 2) Data de Emissão da Guia | 3) Sessão  | 4) Data de Autorização | 5) Sessão | 6) Número da Guia Principal | 7) Data Validade da Sessão |
| 406414          | 18/10/2012                 | AUTORIZADO | 7645016                | 7645016   | 16/10/2012                  | 16/10/2012                 |

|                         |                     |                             |                               |                                        |
|-------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| 8) Nome do Paciente     | 9) Posição          | 10) Empresa                 | 11) Data Validade da Carteira | 12) Número do Cartão Nacional de Saúde |
| DANILLO HENRIQUE VILELA | POS REDE PRESTADORA | NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS |                               |                                        |

|                         |              |                                  |                     |
|-------------------------|--------------|----------------------------------|---------------------|
| 13) Nome                | 14) Telefone | 15) Nome da Instituição de Saúde | 16) Nome da Empresa |
| DANILLO HENRIQUE VILELA |              | DANILLO HENRIQUE VILELA          | Enviar - RX         |

|                                      |                   |        |                  |
|--------------------------------------|-------------------|--------|------------------|
| 17) Nome do Profissional Responsável | 18) Número no CRO | 19) UF | 20) Código CBO S |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA           | 35679             | RJ     |                  |

|                                      |                   |        |                  |
|--------------------------------------|-------------------|--------|------------------|
| 21) Nome do Profissional Responsável | 22) Número no CRO | 23) UF | 24) Código CBO S |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA           | 35679             | RJ     |                  |

|                                      |                   |        |                  |
|--------------------------------------|-------------------|--------|------------------|
| 25) Nome do Profissional Responsável | 26) Número no CRO | 27) UF | 28) Código CBO S |
| FERNANDA DUQUE DE OLIVEIRA           | 35679             | RJ     |                  |

|              |                        |                  |          |          |                   |           |                                  |          |                        |                 |              |
|--------------|------------------------|------------------|----------|----------|-------------------|-----------|----------------------------------|----------|------------------------|-----------------|--------------|
| 29) Nome     | 30) Descrição          | 31) Dente/Região | 32) Área | 33) Data | 34) Quantidade UO | 35) Valor | 36) Franquia Co-participação R\$ | 37) Aut. | 38) Data de Realização | 39) Mês da Guia | 40) Anulação |
| 000852001518 | TRATAMENTO ENDODONTICO | 27               | 1        | 1        | 533000            | 0000      |                                  |          | 21/07/20               |                 |              |

|                   |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |     |
|-------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----|
| 41) RX PERIAPICAL | 42) RMSE | 43) 1 | 44) 2 | 45) 3 | 46) 4 | 47) 5 | 48) 6 | 49) 7 | 50) 8 | 51) 9 | 52) 0 | 53) 1 | 54) 2 | 55) 3 | 56) 4 | 57) 5 | 58) 6 | 59) 7 | 60) 8 | 61) 9 | 62) 0 | 63) 1 | 64) 2 | 65) 3 | 66) 4 | 67) 5 | 68) 6 | 69) 7 | 70) 8 | 71) 9 | 72) 0 | 73) 1 | 74) 2 | 75) 3 | 76) 4 | 77) 5 | 78) 6 | 79) 7 | 80) 8 | 81) 9 | 82) 0 | 83) 1 | 84) 2 | 85) 3 | 86) 4 | 87) 5 | 88) 6 | 89) 7 | 90) 8 | 91) 9 | 92) 0 | 93) 1 | 94) 2 | 95) 3 | 96) 4 | 97) 5 | 98) 6 | 99) 7 | 100) 8 | 101) 9 | 102) 0 | 103) 1 | 104) 2 | 105) 3 | 106) 4 | 107) 5 | 108) 6 | 109) 7 | 110) 8 | 111) 9 | 112) 0 | 113) 1 | 114) 2 | 115) 3 | 116) 4 | 117) 5 | 118) 6 | 119) 7 | 120) 8 | 121) 9 | 122) 0 | 123) 1 | 124) 2 | 125) 3 | 126) 4 | 127) 5 | 128) 6 | 129) 7 | 130) 8 | 131) 9 | 132) 0 | 133) 1 | 134) 2 | 135) 3 | 136) 4 | 137) 5 | 138) 6 | 139) 7 | 140) 8 | 141) 9 | 142) 0 | 143) 1 | 144) 2 | 145) 3 | 146) 4 | 147) 5 | 148) 6 | 149) 7 | 150) 8 | 151) 9 | 152) 0 | 153) 1 | 154) 2 | 155) 3 | 156) 4 | 157) 5 | 158) 6 | 159) 7 | 160) 8 | 161) 9 | 162) 0 | 163) 1 | 164) 2 | 165) 3 | 166) 4 | 167) 5 | 168) 6 | 169) 7 | 170) 8 | 171) 9 | 172) 0 | 173) 1 | 174) 2 | 175) 3 | 176) 4 | 177) 5 | 178) 6 | 179) 7 | 180) 8 | 181) 9 | 182) 0 | 183) 1 | 184) 2 | 185) 3 | 186) 4 | 187) 5 | 188) 6 | 189) 7 | 190) 8 | 191) 9 | 192) 0 | 193) 1 | 194) 2 | 195) 3 | 196) 4 | 197) 5 | 198) 6 | 199) 7 | 200) 8 | 201) 9 | 202) 0 | 203) 1 | 204) 2 | 205) 3 | 206) 4 | 207) 5 | 208) 6 | 209) 7 | 210) 8 | 211) 9 | 212) 0 | 213) 1 | 214) 2 | 215) 3 | 216) 4 | 217) 5 | 218) 6 | 219) 7 | 220) 8 | 221) 9 | 222) 0 | 223) 1 | 224) 2 | 225) 3 | 226) 4 | 227) 5 | 228) 6 | 229) 7 | 230) 8 | 231) 9 | 232) 0 | 233) 1 | 234) 2 | 235) 3 | 236) 4 | 237) 5 | 238) 6 | 239) 7 | 240) 8 | 241) 9 | 242) 0 | 243) 1 | 244) 2 | 245) 3 | 246) 4 | 247) 5 | 248) 6 | 249) 7 | 250) 8 | 251) 9 | 252) 0 | 253) 1 | 254) 2 | 255) 3 | 256) 4 | 257) 5 | 258) 6 | 259) 7 | 260) 8 | 261) 9 | 262) 0 | 263) 1 | 264) 2 | 265) 3 | 266) 4 | 267) 5 | 268) 6 | 269) 7 | 270) 8 | 271) 9 | 272) 0 | 273) 1 | 274) 2 | 275) 3 | 276) 4 | 277) 5 | 278) 6 | 279) 7 | 280) 8 | 281) 9 | 282) 0 | 283) 1 | 284) 2 | 285) 3 | 286) 4 | 287) 5 | 288) 6 | 289) 7 | 290) 8 | 291) 9 | 292) 0 | 293) 1 | 294) 2 | 295) 3 | 296) 4 | 297) 5 | 298) 6 | 299) 7 | 300) 8 | 301) 9 | 302) 0 | 303) 1 | 304) 2 | 305) 3 | 306) 4 | 307) 5 | 308) 6 | 309) 7 | 310) 8 | 311) 9 | 312) 0 | 313) 1 | 314) 2 | 315) 3 | 316) 4 | 317) 5 | 318) 6 | 319) 7 | 320) 8 | 321) 9 | 322) 0 | 323) 1 | 324) 2 | 325) 3 | 326) 4 | 327) 5 | 328) 6 | 329) 7 | 330) 8 | 331) 9 | 332) 0 | 333) 1 | 334) 2 | 335) 3 | 336) 4 | 337) 5 | 338) 6 | 339) 7 | 340) 8 | 341) 9 | 342) 0 | 343) 1 | 344) 2 | 345) 3 | 346) 4 | 347) 5 | 348) 6 | 349) 7 | 350) 8 | 351) 9 | 352) 0 | 353) 1 | 354) 2 | 355) 3 | 356) 4 | 357) 5 | 358) 6 | 359) 7 | 360) 8 | 361) 9 | 362) 0 | 363) 1 | 364) 2 | 365) 3 | 366) 4 | 367) 5 | 368) 6 | 369) 7 | 370) 8 | 371) 9 | 372) 0 | 373) 1 | 374) 2 | 375) 3 | 376) 4 | 377) 5 | 378) 6 | 379) 7 | 380) 8 | 381) 9 | 382) 0 | 383) 1 | 384) 2 | 385) 3 | 386) 4 | 387) 5 | 388) 6 | 389) 7 | 390) 8 | 391) 9 | 392) 0 | 393) 1 | 394) 2 | 395) 3 | 396) 4 | 397) 5 | 398) 6 | 399) 7 | 400) 8 | 401) 9 | 402) 0 | 403) 1 | 404) 2 | 405) 3 | 406) 4 | 407) 5 | 408) 6 | 409) 7 | 410) 8 | 411) 9 | 412) 0 | 413) 1 | 414) 2 | 415) 3 | 416) 4 | 417) 5 | 418) 6 | 419) 7 | 420) 8 | 421) 9 | 422) 0 | 423) 1 | 424) 2 | 425) 3 | 426) 4 | 427) 5 | 428) 6 | 429) 7 | 430) 8 | 431) 9 | 432) 0 | 433) 1 | 434) 2 | 435) 3 | 436) 4 | 437) 5 | 438) 6 | 439) 7 | 440) 8 | 441) 9 | 442) 0 | 443) 1 | 444) 2 | 445) 3 | 446) 4 | 447) 5 | 448) 6 | 449) 7 | 450) 8 | 451) 9 | 452) 0 | 453) 1 | 454) 2 | 455) 3 | 456) 4 | 457) 5 | 458) 6 | 459) 7 | 460) 8 | 461) 9 | 462) 0 | 463) 1 | 464) 2 | 465) 3 | 466) 4 | 467) 5 | 468) 6 | 469) 7 | 470) 8 | 471) 9 | 472) 0 | 473) 1 | 474) 2 | 475) 3 | 476) 4 | 477) 5 | 478) 6 | 479) 7 | 480) 8 | 481) 9 | 482) 0 | 483) 1 | 484) 2 | 485) 3 | 486) 4 | 487) 5 | 488) 6 | 489) 7 | 490) 8 | 491) 9 | 492) 0 | 493) 1 | 494) 2 | 495) 3 | 496) 4 | 497) 5 | 498) 6 | 499) 7 | 500) 8 | 501) 9 | 502) 0 | 503) 1 | 504) 2 | 505) 3 | 506) 4 | 507) 5 | 508) 6 | 509) 7 | 510) 8 | 511) 9 | 512) 0 | 513) 1 | 514) 2 | 515) 3 | 516) 4 | 517) 5 | 518) 6 | 519) 7 | 520) 8 | 521) 9 | 522) 0 | 523) 1 | 524) 2 | 525) 3 | 526) 4 | 527) 5 | 528) 6 | 529) 7 | 530) 8 | 531) 9 | 532) 0 | 533) 1 | 534) 2 | 535) 3 | 536) 4 | 537) 5 | 538) 6 | 539) 7 | 540) 8 | 541) 9 | 542) 0 | 543) 1 | 544) 2 | 545) 3 | 546) 4 | 547) 5 | 548) 6 | 549) 7 | 550) 8 | 551) 9 | 552) 0 | 553) 1 | 554) 2 | 555) 3 | 556) 4 | 557) 5 | 558) 6 | 559) 7 | 560) 8 | 561) 9 | 562) 0 | 563) 1 | 564) 2 | 565) 3 | 566) 4 | 567) 5 | 568) 6 | 569) 7 | 570) 8 | 571) 9 | 572) 0 | 573) 1 | 574) 2 | 575) 3 | 576) 4 | 577) 5 | 578) 6 | 579) 7 | 580) 8 | 581) 9 | 582) 0 | 583) 1 | 584) 2 | 585) 3 | 586) 4 | 587) 5 | 588) 6 | 589) 7 | 590) 8 | 591) 9 | 592) 0 | 593) 1 | 594) 2 | 595) 3 | 596) 4 | 597) 5 | 598) 6 | 599) 7 | 600) 8 | 601) 9 | 602) 0 | 603) 1 | 604) 2 | 605) 3 | 606) 4 | 607) 5 | 608) 6 | 609) 7 | 610) 8 | 611) 9 | 612) 0 | 613) 1 | 614) 2 | 615) 3 | 616) 4 | 617) 5 | 618) 6 | 619) 7 | 620) 8 | 621) 9 | 622) 0 | 623) 1 | 624) 2 | 625) 3 | 626) 4 | 627) 5 | 628) 6 | 629) 7 | 630) 8 | 631) 9 | 632) 0 | 633) 1 | 634) 2 | 635) 3 | 636) 4 | 637) 5 | 638) 6 | 639) 7 | 640) 8 | 641) 9 | 642) 0 | 643) 1 | 644) 2 | 645) 3 | 646) 4 | 647) 5 | 648) 6 | 649) 7 | 650) 8 | 651) 9 | 652) 0 | 653) 1 | 654) 2 | 655) 3 | 656) 4 | 657) 5 | 658) 6 | 659) 7 | 660) 8 | 661) 9 | 662) 0 | 663) 1 | 664) 2 | 665) 3 | 666) 4 | 667) 5 | 668) 6 | 669) 7 | 670) 8 | 671) 9 | 672) 0 | 673) 1 | 674) 2 | 675) 3 | 676) 4 | 677) 5 | 678) 6 | 679) 7 | 680) 8 | 681) 9 | 682) 0 | 683) 1 | 684) 2 | 685) 3 | 686) 4 | 687) 5 | 688) 6 | 689) 7 | 690) 8 | 691) 9 | 692) 0 | 693) 1 | 694) 2 | 695) 3 | 696) 4 | 697) 5 | 698) 6 | 699) 7 | 700) 8 | 701) 9 | 702) 0 | 703) 1 | 704) 2 | 705) 3 | 706) 4 | 707) 5 | 708) 6 | 709) 7 | 710) 8 | 711) 9 | 712) 0 | 713) 1 | 714) 2 | 715) 3 | 716) 4 | 717) 5 | 718) 6 | 719) 7 | 720) 8 | 721) 9 | 722) 0 | 723) 1 | 724) 2 | 725) 3 | 726) 4 | 727) 5 | 728) 6 | 729) 7 | 730) 8 | 731) 9 | 732) 0 | 733) 1 | 734) 2 | 735) 3 | 736) 4 | 737) 5 | 738) 6 | 739) 7 | 740) 8 | 741) 9 | 742) 0 | 743) 1 | 744) 2 | 745) 3 | 746) 4 | 747) 5 | 748) 6 | 749) 7 | 750) 8 | 751) 9 | 752) 0 | 753) 1 | 754) 2 | 755) 3 | 756) 4 | 757) 5 | 758) 6 | 759) 7 | 760) 8 | 761) 9 | 762) 0 | 763) 1 | 764) 2 | 765) 3 | 766) 4 | 767) 5 | 768) 6 | 769) 7 | 770) 8 | 771) 9 | 772) 0 | 773) 1 | 774) 2 | 775) 3 | 776) 4 | 777) 5 | 778) 6 | 779) 7 | 780) 8 | 781) 9 | 782) 0 | 783) 1 | 784) 2 | 785) 3 | 786) 4 | 787) 5 | 788) 6 | 789) 7 | 790) 8 | 791) 9 | 792) 0 | 793) 1 | 794) 2 | 795) 3 | 796) 4 | 797) 5 | 798) 6 | 799) 7 | 800) 8 | 801) 9 | 802) 0 | 803) 1 | 804) 2 | 805) 3 | 806) 4 | 807) 5 | 808) 6 | 809) 7 | 810) 8 | 811) 9 | 812) 0 | 813) 1 | 814) 2 | 815) 3 | 816) 4 | 817) 5 | 818) 6 | 819) 7 | 820) 8 | 821) 9 | 822) 0 | 823) 1 | 824) 2 | 825) 3 | 826) 4 | 827) 5 | 828) 6 | 829) 7 | 830) 8 | 831) 9 | 832) 0 | 833) 1 | 834) 2 | 835) 3 | 836) 4 | 837) 5 | 838) 6 | 839) 7 | 840) 8 | 841) 9 | 842) 0 | 843) 1 | 844) 2 | 845) 3 | 846) 4 | 847) 5 | 848) 6 | 849) 7 | 850) 8 | 851) 9 | 852) 0 | 853) 1 | 854) 2 | 855) 3 | 856) 4 | 857) 5 | 858) 6 | 859) 7 | 860) 8 | 861) 9 | 862) 0 | 863) 1 | 864) 2 | 865) 3 | 866) 4 | 867) 5 | 868) 6 | 869) 7 | 870) 8 | 871) 9 | 872) 0 | 873) 1 | 874) 2 | 875) 3 | 876) 4 | 877) 5 | 878) 6 | 879) 7 | 880) 8 | 881) 9 | 882) 0 | 883) 1 | 884) 2 | 885) 3 | 886) 4 | 887) 5 | 888) 6 | 889) 7 | 890) 8 | 891) 9 | 892) 0 | 893) 1 | 894) 2 | 895) 3 | 896) 4 | 897) 5 | 898) 6 | 899) 7 | 900) 8 | 901) 9 | 902) 0 | 903) 1 | 904) 2 | 905) 3 | 906) 4 | 907) 5 | 908) 6 | 909) 7 | 910) 8 | 911) 9 | 912) 0 | 913) 1 | 914) 2 | 915) 3 | 916) 4 | 917) 5 | 918) 6 | 919) 7 | 920) 8 | 921) 9 | 922) 0 | 923) 1 | 924) 2 | 925) 3 | 926) 4 | 927) 5 | 928) 6 | 929) 7 | 930) 8 | 931) 9 | 932) 0 | 933) 1 | 934) 2 | 935) 3 | 936) 4 | 937) 5 | 938) 6 | 939) 7 | 940) 8 | 941) 9 | 942) 0 | 943) 1 | 944) 2 | 945) 3 | 946) 4 | 947) 5 | 948) 6 | 949) 7 | 950) 8 | 951) 9 | 952) 0 | 953) 1 | 954) 2 | 955) 3 | 956) 4 | 957) 5 | 958) 6 | 959) 7 | 960) 8 | 961) 9 | 962) 0 | 963) 1 | 964) 2 | 965) 3 | 966) 4 | 967) 5 | 968) 6 | 969) 7 | 970) 8 | 971) 9 | 972) 0 | 973) 1 | 974) 2 | 975) 3 | 976) 4 | 977) 5 | 978) 6 | 979) 7 | 980) 8 | 981) 9 | 982) 0 | 983) 1 | 984) 2 | 985) 3 | 986) 4 | 987) 5 | 988) 6 | 989) 7 | 990) 8 | 991) 9 | 992) 0 | 993) 1 | 994) 2 | 995) 3 | 996) 4 | 997) 5 | 998) 6 | 999) 7 | 1000) 8 | 1001) 9 | 1002) 0 | 1003) 1 | 1004) 2 | 1005) 3 | 1006) 4 | 1007) 5 | 1008) 6 | 1009) 7 | 1010) 8 | 1011) 9 | 1012) 0 | 1013) 1 | 1014) 2 | 1015) 3 | 1016) 4 | 1017) 5 | 1018) 6 | 1019) 7 | 1020) 8 | 1021) 9 | 1022) 0 | 1023) 1 | 1024) 2 | 1025) 3 | 1026) 4 | 1027) 5 | 1028) 6 | 1029) 7 | 1030) 8 | 1031) 9 | 1032) 0 | 1033) 1 | 1034) 2 | 1035) 3 | 1036) 4 | 1037) 5 | 1038) 6 | 1039) 7 | 1040) 8 | 1041) 9 | 1042) 0 | 1043) 1 | 1044) 2 | 1045) 3 | 1046) 4 | 1047) 5 | 104 |
|-------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----|